

Организация терапевтического пространства: роль сеттинга и ведущего в совместной группе «мать-дитя», сопровождающей детей с нарушениями развития и расстройствами аутистического спектра

Иерс С. Э.,

клинический психолог, психоаналитик, Психолого-медико-педагогический центр, Исси, Франция, psychosociologie.ru@gmail.com

Папсуева О. В.,

психолог, психоаналитик, прямой член IPA, тренер-аналитик Московской группы психоаналитиков, Москва, Россия, olga.papsueva@gmail.com

В данной статье представлены размышления о сеттинге, а именно об организации и функционировании групповой психоаналитической терапии «мать-дитя», функциях ведущего и поддержке родительской позиции¹. Авторы предлагают динамическую модификацию сеттинга как прием, служащий для выявления и коррекции неадекватных паттернов взаимодействия «родитель-ребенок». Функции группы иллюстрируются метафорой групповой оболочки вслед за Дидье Анзье: сеттинг, как живая мембрана, выполняет поддерживающую и трансформирующую функции. Сеттинг, включающий в себя все условия организации терапии, делится на внешний, неизменный и практический, и внутренний, гарантированный аналитической позицией ведущего. В статье выделяются материнские аспекты внутреннего сеттинга, связанные с созданием барьера возбуждения, психического конверта\оболочки, и отцовские – в виде введения правил и запретов, осуществляющих функцию социализации и ограничения детского всемогущества. В заключении представлены размышления о реабилитации образа родителей в данной программе.

¹ Принципы и история появления метода были представлены авторами в статье *Психологическая помощь детям раннего возраста с нарушениями развития и РАС в совместной группе мать-дитя*, опубликованной в эл.журнале *Клинической и специальной психологии* 2014 года в т.3, №3.

Ключевые слова: рамка\сеттинг, внутренний и внешний сеттинг, Кожа-Я, групповой конверт\оболочка, динамическая модификация сеттинга, материнский и отцовский аспект сеттинга, символическая плата.

Для цитаты:

Иерс С.Э., Папсуева О.В. Организация терапевтического пространства: роль сеттинга и ведущего в совместной группе «мать-дитя», сопровождающей детей с нарушениями развития и РАС [Электронный ресурс] //Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. №1. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n1/Iers_Popsueva.shtml (дата обращения: дд.мм.гггг)

For citation:

Hiers L., Papsueva O.V. Organization of therapeutical space: setting functions and analyst role in «mother-child» group for children with developmental disorders and ASD [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2015, vol. 4, no. 1. Available at: http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n1/Iers_Popsueva.shtml (Accessed dd.mm.yyyy). (In Russ., Abstr. in Engl.)

Введение

Наши размышления опираются на клинический опыт совместных групп «мать-ребенок»². Основной причиной обращения семей с младенцами были проблемы функционального характера, связанные со сном, питанием, беспричинным плачем, отлучением от груди; детей постарше родители приводили с отставанием речевого развития, нарушением поведения или трудностью адаптации в дошкольном учебном заведении.

Оглядываясь на пятнадцатилетний опыт проведения такого рода групп, можно сказать, что благодаря раннему вмешательству большинство семей смогло преодолеть кризисы раннего развития и по необходимости продолжить работу в индивидуальном порядке с психологом, а также комплексно с другими специалистами по психокоррекции. Некоторые семьи, увидев прогресс детей, остались в психотерапевтической группе на несколько лет. Бывает, что родители приводят к нам уже младших братьев и сестер наших бывших пациентов.

Данная психокоррекционная программа опирается на психоаналитическую парадигму. Ведущие анализируют процесс в терминах бессознательного, конфликтов, влечений, фантазмов, тревог.

2 История появления таких групп была освещена в предыдущей статье.

Состав группы определяется после коллегиального обсуждения первичных семейных консультаций. Задача ведущих – создать особую атмосферу, позволяющую трио «мать-отец-дитя», опираясь на терапевтов, найти внутренние ресурсы для преодоления трудностей и развить **способность к мечтанию**, в терминах В. Биона [15]. Метафора группы как **психической экосистемы**, предложенная нами ранее, отражает идею группы как живого организма, способного к развитию, росту и дифференциации. Семья воспринимается не через призму симптома и диагноза, а как цельная система способная к саморегулированию, к преобразению и трансформации.

Дети и их количество подбирается в группу не по критерию возраста, а по интенсивности нарушения, которое могут выдержать ведущие в групповом процессе. Терапевты оценивают стадию психоэмоционального развития, совместимость проблематики детей, а самое главное совокупность групповой энергетики, то есть массивность эмоциональных нарушений, которые необходимо удерживать и канализировать.

Важной задачей терапевтической работы является проработка **процессов сепарации – индивидуации**, в терминах М. Малер [23].

Еженедельно родители и дети могут прожить в безопасной обстановке всю гамму опыта расставания и встреч, а именно:

- сборы и приезд на встречу группы, часто сопряженные с конфликтами между родителем и ребенком;
- встреча с другими парами в зале ожидания, затем встреча с терапевтами;
- расставание пар «родитель-ребенок», сглаженное встречей с другими детьми;
- окончание детской группы и встреча большой группы «родители-дети-терапевты»;
- прощание с терапевтами и воссоединение пар «родитель-ребенок».

На первом этапе «мать\отец-дитя» играют вместе, затем родители формируют свою группу с одним из ведущих, оставаясь доступными зрительному контакту детей. На последнем этапе группа родителей собирается в отдельном зале. Поэтапность программы позволяет проработать сепарационную проблематику без насильственного отрывания детей от родителей с соблюдением внутреннего ритма каждого ребенка.

Сначала основная терапевтическая работа происходит **на периферии сессии** – вход в группу и расставание. Затем, с продвижением ребенка в индивидуализации, терапевты могут посвятить больше времени игровому взаимодействию детей.

Терапевтический сеттинг и его функции в группе

Сеттингом называют обоюдный договор между психологом и пациентом, оговаривающий место, время, оплату, длительность сессии, а также этические (и технические) правила поведения обеих сторон.

З. Фрейд в 1904 году в своей статье «Психоаналитический метод Фрейда», определил условия и правила психоаналитического метода под названием «психоаналитическая процедура лечения» (cure). Именно он указал на значимость ритуализации психоаналитической ситуации для эффективности лечения. Д. В. Винникот в 1956 году называет психоаналитическую процедуру сеттингом, «setting» [29]. Этот термин заимствован затем кляйнианцами и обозначает с тех пор практически-формальные условия психотерапевтических отношений. По-русски мы говорим о **рамке**³ [25] или о **сеттинге психотерапии**⁴.

В психоанализе сеттинг имеет важное методологическое значение: частота встреч, позиция на кушетке, правило свободных ассоциаций и др. – все это отличает психоанализ от других методов психотерапии. Если сначала психоанализ больше интересовался содержанием – фантазмами, конфликтами, внутренними объектами, – то с ориентацией на лечение детей, пограничных и психотических пациентов, а также на работу в групповом и семейном формате психоанализ вынужден был задуматься о природе сеттинга и его функционировании.

В послевоенное время появились труды о структуре и функции психоаналитического сеттинга. Аргентинский психоаналитик José Bleger выделяет **сеттинг** и **процесс** в психоаналитической ситуации, утверждая, что в формально-неизменяемую, «молчаливую» структуру сеттинга пациенты проецируют свою психотическую, недифференцированную часть, ту, которая связана с первичными симбиотическими отношениями [13].

Особая кодифицированная организация сеттинга психоанализа, провоцируя регресс и сенсорную депривацию пациента, позволяет ему инвестировать свое психическое пространство, проецируя на аналитический диспозитив\кадр свои архаические, неосознанные и довербальные части личности. Поэтому сеттинг из формально-практического контракта становится **терапевтической функцией** в процессе лечения.

В литературе для обозначения рамки и процесса психоанализа используют множество метафор: фигуры и фона, сосуда и содержимого⁵, ядра и оболочки [9],

3 Марион Милнер в ст. *Роль иллюзии в образовании символа* (1955) сравнивает временно-пространственную организацию психоаналитической сессии с **рамкой картины**. Как картинная рама разграничивает два типа реальности, внутри и снаружи картины, так и временно-пространственная рамка психоанализа делает возможным полное развитие креативной иллюзии, называемой переносом.

4 Во французском языке используется слово **кадр** (cadre) психоанализа.

5 Contenant-contenu фр. В. Биона, (1962)

психической кожи [11], контейнирующего трансформирующего объекта, внутреннего поддерживающего объекта [16].

Основой наших размышлений послужила **теория психической оболочки** или конверта, предложенная Дидье Анзье⁶[11] вслед за идеей Эстер Бик о вторичной психической коже [14]. Благодаря понятию «Кожа-Я» ему удается показать, как на основе раннего тактильного и проприоцептивного опыта у ребенка развивается чувство базового благополучия, называемое **первичным нарциссизмом**. Когда ранний опыт целостного существования внутри кожи-тела терпит неудачу, ребенок формирует замещение в виде мышечного панциря или ажитации, защищаясь таким образом от архаических тревог.

Д. Анзье и др. достаточно плодотворно исследовали патологию «Кожа-Я» в различных конфигурациях. И применили эту идею к групповому функционированию [18]; [20]; [27].

В 1979 году Д. Анзье и Р. Каес представили модель **транзиционного анализа** (l'analyse transitionnelle), направленную на восстановление у индивида или у группы, «Кожи-Я», психического конверта и способности к мета-мышлению⁷. Такая модель позволяет психоаналитически работать с пациентами, имеющими нарциссический дефект идентичности, выражающийся в недостатке первичной символизации. Не умея словесно обозначить свою (архаическую) проблематику, эти пациенты выражают ее телесно – через жесты, моторику, позы, дыхание, телесные запахи.

Опираясь на идеи Д. Анзье и Р. Каеса, мы предлагаем использовать метафору оболочки⁸ для описания функций сеттинга.

Сеттинг, как живая мембрана, как психическая плацента выполняет поддерживающую и трансформирующую функции, позволяя отношениям переноса развиваться внутри группы. Сеттинг или рамка позволяет «отдельной реальности» трансферентных отношении достичь своего полного аффективного качества, защищая воображаемое поле от вторжения внешней реальности. Тот факт, что существует свод правил, которые управляют игрой, позволяют ей проявляться свободно и безопасно» [3, 32].

6 Д. Анзье «Понятие кожи -я», МПЖ № 3, 2002 (пер Лапиной С.)

7 « un appareil à penser les contenus psychiques » пер. с фр. = способность к рефлексии.

8 В качестве иллюстрации, Анзье предлагает следующие образы для функции кожи-я, как например, *зеркало реальности*. Как *мешок* она помещает и удерживает внутри все хорошее и ценное, как например молоко, заботу. Как *поверхность (экран)*, она служит границей с внешним миром, и барьером, защищающим от посягательств извне. Первичное средство коммуникации с Другим, она является фильтром обмена (как *сито*) и запечатления первичных отношении.

Групповой сеттинг, как многослойный кокон-оболочка, обеспечивает следующие терапевтические функции в данной программе: 1) защиту от внешних и внутренних посягательств (как норка, лоно), 2) различение внутреннего и внешнего (как граница, порог, двери), 3) удержание в границах, объединение\контейнирование (свод правил и рефлексия терапевтов). Иллюстрации функционирования сеттинга как групповой оболочки представлены далее.

Группа имеет физическое и символическое выражение. С одной стороны, она олицетворена залом со стенами, игрушками и т. д., с другой стороны, группа включает в себя всех участников процесса — терапевтов, пациентов, родителей, а также кодекс правил для тех и других, и методику лечения. Мы выделяем внешние и внутренние аспекты организации психотерапевтического пространства-сеттинга. К внешним мы относим неизменные параметры: время-место-оплату, ритм\частоту и продолжительность встреч. К внутренним аспектам организации психотерапевтического пространства мы относим **качество присутствия терапевтов** – их психотерапевтическую позицию, то есть способность гарантировать рамку терапии и психически проработать архаические, деструктивные тенденции пациентов.

Динамическая модификация сеттинга как терапевтический прием

В силу своей незрелости пациенты с нарушением поведения и РАС должны проделать большой путь, прежде чем начать психоаналитическую терапию в малой группе. Каждый элемент сеттинга получает огромное значение и преодолевается с большими усилиями такими детьми, например, когда им требуется просто зайти, раздеться, поздороваться.

Наиболее типичные сложности при работе с сеттингом с вышеуказанной детской категорией вытекают из структурных особенностей, одинаковых с пограничной структурой личности у взрослых, таких как диффузная идентичность, использование примитивных защит, тенденция к отыгрыванию, нарушение границ терапии, хрупкое чувство базового доверия, сильная интенсивность переноса [4]. Активизация архаических тревог и примитивных защит таких детей в ситуации групповой терапии ведет к размыванию границ и разрушению сеттинга. От ведущих и котерапевтов так же, как и с пограничными пациентами, требуется гибкость, но твердость в соблюдении границ и правил, несмотря на давление, эмоциональный шантаж и уловки пациентов. А также осознание и проработку сильных контрпереносных чувств. Сеттинг становится не просто опорой «игровых занятий», а фокусом лечения. «Пространство между реакциями пациента на сеттинг и работа с сеттингом аналитика – и есть поле, где происходит анализ» [2, 17].

Практическая новизна данной программы состоит в использовании рамки терапии для проработки психической дифференциации пары «родитель-ребенок». Мы предлагаем обозначить этот прием как **динамическую модификацию сеттинга**.

На первом этапе психотерапевтической работы динамическая модификация сеттинга будет использоваться для выявления и коррекции неадекватных паттернов поведения «родитель-ребенок». Терапевты с пристальным вниманием отмечают, как пациент использует сеттинг для сопротивления лечению\изменению, и прорабатывают начало сессии и вхождение в контакт семьи с ребенком.

Ведущие фокусируют свое внимание на определенном паттерне взаимодействия, проблематизируют его в группе котерапевтов и принимают решение об модификации правила сеттинга. Теперь правило становится универсальным, независимым от воли ведущих. Таким образом, мы избегаем прямых комментариев и интерпретации, оберегая самолюбие родителей, и, с другой стороны, указываем на феномены, которые необходимо скорректировать.

Терапевтическая работа на периферии сессии позволяет проработать границы и разделение с матерью на физическом и символическом уровне.

Структура сеттинга и терапевтическая позиция ведущего

Практическая часть организации терапии, времени, места и оплаты является важным, но недостаточным условием для успешной работы.

Наши пациенты должны пройти тот же путь, что и обычный ребенок, чтобы «Я сам» стало самостью, путь от физического самовыражения к символическому. Двигательная активность, чувственная сфера, переживания участвуют в символизации и необходимы в психической эволюции. Однако недостаточно того, чтобы ребенок забавлялся, играл, выражал себя экспрессивно на группе. Все телесные проявления пациента должны быть проработаны терапевтом в его собственном психическом аппарате, чтобы открыть для него новые пути, ведущие к изменению.

Функционирование терапии гарантируется аналитической позицией ведущих – в наших терминах, внутренним сеттингом. Аналитическая (как и терапевтическая) позиция в детской группе подразумевает такие качества, как доброжелательность, нейтральность, такт, внутренняя готовность к новому и неожиданному, свободноплавающее внимание. Внутренняя позиция аналитика становится основной составляющей процесса терапии, его ядром.

В групповой работе необходимо опираться на *материнские* и *отцовские* аспекты сеттинга.

Материнский аспект сеттинга

По аналогии с *материнской заботой* (holding), терапевт должен развивать свои материнский инстинкт, чтобы тонко чувствовать психические и бессознательные процессы пациента. Глубокая идентификация с пациентом позволяет понять его потребности и нужды. Аналитик в этой функции использует не только свое предсознательное, связывая представления с аффектом, но и тонкое наблюдение за невербальной коммуникацией.

В работе группы одна из функции терапевтов – служить барьером возбуждения⁹, то есть давать ощущение спокойствия, защиты, уверенности перед любыми самыми странными и агрессивными проявлениями пациента. Качество присутствия терапевта, его доброжелательный авторитет способствуют регулированию хаотических выбросов за счет снижения тревоги.

Дети, приходящие на терапию, предъявляют разнообразную клиническую картину, однако их общая черта – это *хрупкая способность связывать и регулировать аффекты*. Терапевт должен быть способен принимать регрессивный способ самовыражения – эмоциональные взрывы, ярость, оппозицию, деструкцию, несущие отпечатки архаических примитивных тревог. В психоанализе это умение называется контейнированием¹⁰ [15].

Психотерапевт как мать выполняет функцию альфа, помещает в себя и с помощью мысли изолирует и обезвреживает в своей психике опасные и хаотичные импульсы, давая им новый смысл [15]. Переход от «телесной экспрессивности» к психической интеграции разрозненных частей Эго идет через вербализацию и интерпретацию. С помощью комментариев терапевт позволяет гуманизировать архаические элементы, вписывать их в совместно прожитый опыт.

Отцовский аспект сеттинга

Пространство группы дает возможность телесного выражения пациента, он позволяет первичным ощущениям, проживаемым телом и в теле, интегрироваться в

9 **Понятие барьера возбуждения** было введено Фрейдом, оно обозначает способность человека защищать свой психический аппарат от сверх-стимуляции, внутренней или внешней. Сверхстимуляция переживается человеком как фрустрация, боль или опасность. Когда такой барьер хрупкий, ребенок подвержен чрезмерной тревоге и ажитации, как например гиперактивные дети.

10 **Понятие контейнирования** было введено английским психоаналитиком Бионом. Опираясь на механизм проективной идентификации (Мелани Кляйн), Бион предлагает следующую модель ранних отношений: младенец проецирует часть своей психики, а именно, хаотические ощущения, называемые «содержимым» в материнскую психику «контейнер», и получает ответ в удобоваримой для него форме. То есть мать ухаживая за ребенком превращает телесное напряжение и фрустрацию (например от голода) в удовлетворение и умиротворение.

структуру и стать базой последующих стадий развития. Однако некоторые проявления – ажитация, возбуждение, ярость – настолько массивны, что словесные обращения терапевта недостаточны. В таких ситуациях терапевт рискует почувствовать со своей стороны отторжение, непринятие пациента, называемое негативным контрпереносом, и ответить на этот поток ярости и деструкции сгоряча, то есть быть в acting-e, в непосредственном отреагировании.

Перед лицом психического хаоса, деструктуризации (мы имеем в виду не только психотическую структуру) недостаточно использования слов для удерживания агрессивности и деструктивности. Речь идет не о непонимании значения слов пациентом и не о когнитивном дефиците, а о недостатке символической интеграции. В такие моменты необходимо найти другие способы и терапевтические приемы для вмешательства.

Апелляция к правилам становится в этом случае терапевтическим приемом. Не столько воспитательным, сколько социализирующим и высоко символическим, помогающим структурировать эмоциональные выбросы. Франсуаза Дольто называла этот прием символической кастрацией.

В детской группе отцовскую роль играют правила. Правила совместного пребывания просты и доступны детям. С их помощью ребенок понимает, что позволено, а что запрещено. Правила вводят ограничения, позволяя ребенку выражать свою сущность, не притесняя никого и не нанося ущерб другим членам группы.

Правила ограничивают свободу проявления, но в то же время необходимы для структуриации влечений. У них есть несколько функций, таких как ограничение всемогущества, защита от сверхстимуляции, уменьшение внутреннего возбуждения. Метафорически законы и правила можно представить в виде берегов, очерчивающих русло реки, т.е. влечение направляется по руслу, оберегая психику от затопления.

Каждое правило вводится терапевтами с особым смыслом и обыгрывается пациентом по-своему. Правил немного, но они важны. Есть правила неоспоримые, касающиеся безопасности; есть правила, с которыми пациент может играть.

Например, в группе есть правило снимать верхнюю одежду в начале сеанса. Естественно, этот момент включается пациентом в зону контроля-сопротивления и разнообразного обыгрывания правила с целью почувствовать границы, рамки кадра и способность терапевта быть гибким но требовательным, способным выдерживать эмоциональный натиск и не разрушаться, то есть не выходить из себя. Пациент испытывает терапевта на прочность – можно ли на него положиться и доверить ему свою непослушную, неструктурированную часть.

Правила защищают пациента и терапевта от произвола и всемогущества, занимают роль третьего, то есть отца\общества в структуре терапевтических отношениях.

В психоанализе речь идет о третьем как о разделяющей и символической функции, которую берет на себя отец¹¹, а затем и общество в виде универсальных норм, правил и запретов.

Основная роль правил – это социальное регулирование, умение жить в сообществе, принятие во внимание других существ с их волей, интересами и их территорией. В ходе воспитания, когда родитель вводит правило или запрет, дети отвергают его. Постепенно правило входит в поле игры со взрослым вокруг кооперации – принятия, послушания или отвержения, разрушения правила, по сути – желания взрослого. Это игра взаимных уступок – раздел поля желания, власти и территории, попросту говоря, кто что хочет и какие выгоды можно из этого получить.

Запреты интериоризируются, то есть из внешних предписаний взрослого они становятся внутренними правилами и нормами, Супер-эго, то есть некой внутренней структурой личности.

Терапевтический сеттинг с системой правил и запретов сам по себе становится символообразующим, позволяющим пациентам получить доступ к символизации, если аналитик требует их соблюдения, конечно.

Из жизни группы

Девочка М. пяти лет входит с мамой за руку в зал. М. ни на кого не смотрит, глаза опущены в пол. Она играет языком во рту, делая еле заметные асимметричные гримасы. Ведущий подходит поздороваться. Мама протягивает руку. М. на обращенную к ней речь не отвечает, она не отпускает руку матери и следует за ней в родительскую зону. М. садится на стул, достает свой мобильный телефон и начинает играть, всем своим видом показывая нарочитое игнорирование терапевтов. Через небольшое время ведущий говорит М., что на время занятия телефон должен оставаться в сумке, в зале не разрешается им пользоваться. М. продолжает играть, не обращая внимания на слова ведущего. Мать смотрит на дочь и остается в стороне, не вмешиваясь. Терапевты чувствуют враждебность и негативизм со стороны девочки, она как бы бросает им вызов. После еще одного обращения М. убирает телефон. На сессии она всем своим видом показывает насколько ей скучно и неинтересно. Пользуясь моментом, когда ведущий занимается

11 В жизни семьи, слияние и взаимное упование матери и младенца встречает ограничение в виде отца, который останавливает безмерную материнскую страсть, перенаправляя ее в супружеское ложе. Отец выполняет функцию разделения пары мать-младенец и развенчания детского всемогущества. В момент разрыва такого слияния, ребенок должен заполнить (временное) отсутствие матери собственной психической жизнью, которая постепенно обогащается.

с другим ребенком, М. украдкой подходит к сумке, вытаскивает телефон, поглядывая на взрослых, кладет его себе в карман. Лицо ее на секунду озаряется улыбкой.

В течение нескольких месяцев М. нарушала правила группы одно за другим, причем достаточно хитро, на грани дозволенного. Ведущие не всегда могли сразу понять, какое правило и каким образом она нарушает. И только на синтез-группе или при просмотре видеосессии терапевты понимали, как она обводит их вокруг пальца. Интересно, что М. выглядит как очень молчаливая, послушная, застенчивая, даже робкая девочка, однако у котерапевтов она вызывает сильно негативные чувства.

P.S. На втором году группы М. стала защитницей, блюстительницей правил перед другими детьми.

Роль сеттинга в реабилитации родительской позиции

Родители, приходящие в группу, часто истощены и измотаны, они признают свое поражение в воспитании ребенка. Их самолюбие ранено симптомами ребенка, которые невозможно умолчать, скрыть или проигнорировать.

Одной из задач нашей программы является реабилитация образа родителя. Мы предлагаем им нейтральное пространство, где возможен обмен и коммуникация, где пары «мать-дитя» могут выйти за рамки привычного патологического взаимодействия и получить другой опыт общения. Очевидно, что родители сильно инвестируют эту программу, посещая группу без пропусков. Хочется отметить, что в группу приходят не только мамы, но и папы (около двух третей пациентов). Отцы приходят одни или в паре с супругой.

В рамках группы проблематика каждого родителя вступает в резонанс с остальными участниками. Телесные и вербальные отклики других имеют функцию отражения, которая становится терапевтической. Взгляд со стороны, как в зеркальной галерее, позволяет посмотреть чужими глазами на свое поведение, которое, в свою очередь, становится менее монолитным, более тонким и нюансированным.

Другая точка зрения вводит семейную проблематику во временную перспективу, выводя из мертвой точки небытия и тотальности несчастья и негатива, по словам одного из родителей. Обмен опытом с другими родителями **дедраматизирует** взаимоотношения с ребенком. Знание, по словам одной из мам, «что такие ужасные вещи бывают и в других семьях, и другие их пережили, порождает у нас надежду», вписывает остроту переживания в банальность человеческого бытия.

Пациент имеет возможность разыграть свой «внутренний театр» на сцене группы и расширить свой репертуар. Каждый член группы находит свое символическое место и пытается выразить свою уникальность.

Группа терапевтов эмоционально и энергетически инвестирует диады. Терапевты выполняют роль инвестирующего органа, чье активное внимание и неподдельный интерес к ребенку отражают, как в зеркале, его внутреннее содержание. На психотерапевтическом языке мы говорим о **нарциссизирующей функции**, то есть придающей ценность, важность и уникальность внутреннему миру ребенка и материнской заботе о нем.

Снимая остроту конфликта с ребенком, терапия способствует репарации уязвленного самолюбия. Родитель, улавливая иной взгляд на ребенка со стороны психологов и то, каким образом изменяется поведение последнего, может обнаружить новый способ взаимодействия с ним. Постепенно моделируется внутренний образ «плохого, жесткого, неадекватного» родителя. Опираясь на поддержку терапевтов, родитель может занять место взрослого, способного понять и защитить своего ребенка, приспособиться к его запросам и потребностям без потакания.

Опыт материнства и отцовства затрагивает глубинные пласты психики, относящиеся к своему собственному детству. Часто родители, сами того не понимая, являются заложниками межпоколенческого конфликта, идущего от прародителей. Работа с филиацией, с линией жизни помогает приоткрыть тайну симптома или, по крайней мере, вписать его в семейный роман.

Разница в возрасте ведущих-аналитиков вводит тематику отношения между бабушкой, матерью и ребенком, восстанавливает межпоколенческое различие и исторический контекст.

Укрепление родительской функции происходит и через положительный опыт. Родителям создаются все условия для Встречи с ребенком. Игра, рисование, чтение – они могут выбрать занятие по интересам, главное – оставаться в контакте и получать удовольствие. Для одних родителей такая задача будет сложной: в повседневной жизни их энергия направлена, скорее, на то, чтобы избежать контакта с ребенком, настолько он требователен, несносен и вызывает тревогу и фрустрацию. Для других терапевтическая рамка будет достаточно защищающей, чтобы позволить себе регрессировать. Через эффект заражения, глядя на других родителей, даже самые отстраненные начинают интересоваться игрой ребенка, освобождая свое внутреннее пространство для него.

В ходе терапии ребенок получает место в семье не как материнский придаток, а как отдельный субъект. Постепенно семья проделывает необходимую работу: отказ от патологического слияния, переход к психической самостоятельности, включение ребенка в семейную историю. Семья сопровождается на всех этих этапах и находит свой путь, вяжет свой семейный неповторимый орнамент.

Несколько иллюстрации использования внешнего сеттинга группой

1) Мы заметили, что в рамках психотерапии планировка помещения инвестируется пациентом особым образом. В нашем центре пациент преодолевает несколько барьеров-этапов на пути к залу. Сначала нужно позвонить по интерфону, подняться и пройти мимо охранника, далее – по небольшому коридору в зал ожидания, куда выходят двери детского зала, раздевалки, родительского зала и туалетов. (Эти помещения используются детьми, например, для игры в прятки; убегая от матери, они выражают свою амбивалентность – входить\не входить).

Путь к залу через прилегающие зоны включается пациентом в настройку к сессии. Они становятся промежуточным пространством между внешним и внутренним миром и предвосхищают момент расставания с родителем и встречи с терапевтами. Раздевание и вход в зал сначала сопряжено с большим чувством тревоги. Дети находятся в сильной ажитации и оппозиции.

Например, девочка трех лет П. Она приходит в центр с мамой, которая несет ее сонную на руках из машины до зала. В тот момент, когда дверь зала открывается и в проеме появляются терапевты, она начинает протестовать на материнских руках, размахивая руками и ногами, громко крича. Мать отпускает ее и П., одетая в зимний комбинезон, шапку, капюшон и варежки, бежит к входной двери с криком протеста.

Зона у входной двери является границей между улицей и залом; эта зона контроля мужчины-охранника. Дети используют ее по-разному: как защитное пространство (ребенок подползает под баннер, который накрывает его с двух сторон как крыша-укрытие), для регулирования дистанции, для безопасного выражения несогласия, для атаки или привлечения внимания.

П. кричит сначала с требованием-протестом, затем, видя, что мать не собирается возвращаться домой, она начинает бить ногой по железной двери и баннеру, создавая гулкое эхо. Уговоры матери пойти в зал не действуют. Когда ведущий подходит к П., та кричит: «Уходи!» Крики перерастают в истерику, ребенок неумолим, она ложится на пол и бьет ногами и руками по стенам и двери. Взрослые, меняя друг друга, подходят к П., пытаются поговорить с ней. Охранник не выдерживает и скрывается у себя в бытовке. Через какое-то время, минут через двадцать, П. соглашается зайти в зал, продолжая выть. Начинается атака на дверь зала. П., все еще одетая в зимнее, не дает матери себя раздеть. Лицо у нее багровеет, пот течет из-под шапки с капюшоном. Все это время она не прекращает кричать ни на минуту. Мать отходит поговорить с одним из терапевтов. В это момент П. начинает дергать входную ручку, чтобы открыть дверь зала. Терапевт ей говорит, придерживает ручку: «Нельзя». Она замахивается ногой на терапевта и пытается его ударить. Пользуясь моментом, когда П. уже обессиленна и ее тонус снижается, ведущий говорит ей, что она может опереться на его руку, ту самую, которую она пытается атаковать, чтобы открыть дверь. Рев П. превращается в подвывание, она кашляет и вызывает у себя рвотный рефлекс несколько раз. Слюни и сопли текут у

нее рекой, вызывая у взрослых желание вытереть их. Однако ведущий отклоняет их жест. Он кладет ей ладонь на спину, ласково говоря что-то. Подвывания П. потихоньку стихают. Она зовет мать и дает себя раздеть. Вся одежда мокрая от пота вплоть до нательного белья. П. на руках у матери успокаивается и последние пять минут сессии с приветливым лицом начинает играть, ища поддержки у терапевта.

По словам матери, П. ведет себя подобным образом в различных ситуациях — в магазине, дома, на площадке. Истерика длится до тех пор, пока мать не уступит или не разозлится. П. испытывает особую сложность при приходах и уходах, смене деятельности. Любое совместное предприятие с матерью – прогулка, покупки, прием пищи, засыпание – становится полем битвы и брани. Причем П. имеет тенденцию подвергать свою жизнь опасности. Не вдаваясь в детали, скажем лишь, что П. повредила себя и, в связи с риском потерять один из органов чувств, была прооперирована. Родители не могут справиться с дочерью и находятся на грани нервного истощения.

Такая реакция на сессии повторяется неоднократно. Однако каждый раз она видоизменяется. Если сначала все время занятие проходит у входной двери, то постепенно время, проведенное в этой зоне, сокращается. Благодаря поддержке терапевтов, родитель может избежать лобового столкновения. Ярость ребенка сдерживается другими взрослыми, которые отвечают ему в новом, необычном для него регистре. Не выходя из себя, терапевт проговаривает тревогу ребенка, предлагает ему пути выхода из ситуации.

На третьей сессии первоначальная ярость сменилась стеснительностью – заходя в зал, П. зарывается в юбку матери. Неукротенные всплески эмоции постепенно становятся социально приемлемыми. П. по-другому проигрывает свою амбивалентность по отношению к группе, например, несколько занятий подряд отказывается снимать шапку. На седьмой сессии мать оповещает нас, что у П. исчез ее основной симптом, тот, который больше всего мешал им в повседневной жизни.

История с раздеванием – это не просто оппозиция, речь идет о защищающей функции одежды. Хрупкость или недостаток психической оболочки, «Кожи-Я», заставляет этих детей использовать одежду как панцирь-оборону. Обычно плачущих детей успокаивают поглаживанием по голове. В вышеописанной ситуации у ребенка был одет комбинезон с капюшоном на шапку, то есть голова была достаточно защищена. Поэтому ведущий прислонил свою руку к спине ребенка, давая ему дополнительную защиту и опору. Благодаря телесному холдингу, словесно-звуковому окружению\оболочке (bain des paroles, enveloppe sonore) девочка смогла успокоиться.

2) Когда барьер раздевания и входа в зал преодолен, следующим этапом становится встреча и приветствие. Этот этап достаточно деликатный и требует от терапевтов особого умения. Понятие «приветствовать» подразумевает быть

вежливым без назойливости и сюсюканья, уметь располагать к себе, чтобы дети захотели войти в контакт. Такая установка имеет свое физическое выражение в том, как терапевт занимает пространство и несет, проживает свое тело¹². Дети особенно чувствительны к невербальным аспектам коммуникации. Дети же с нарушениями развития имеют шестое чувство и, как локаторы, улавливают любую брешь, амбивалентность, тревогу со стороны взрослых – и тут же используют ее в обратной коммуникации. То, что в данной программе работает двое ведущих и несколько котерапевтов, кардинальным образом меняет поле взаимодействия. Ведущие опираются на котерапевтов, избегая дуэльных отношений с пациентом.

Ведущий приветствует каждого пациента рукопожатием. Рукопожатие открывает начало сессии и символизирует встречу пациента и аналитика, вход в пространство игры. Иногда дети отказываются от рукопожатия в начале, но с удовольствием тянут руку для прощания. Можно считать, что так они говорят о своем расположении, которое не могли показать в начале сессии из-за амбивалентности чувств.

Момент приветствия важен не только как социальный ритуал вежливости, но и как акт признания каждого из участников группы. Обмен взглядом, прикосновение при рукопожатии, обращение со словами приветствия и называние по имени – для детей это всё не очевидно и требует времени и проработки. Приветствие является комплексным и смыслообразующим моментом встречи и вхождения в контакт с Другим, третьим.

Мальчик К. (3,5 года), появляется в группе на руках матери. Мать, высокая молодая женщина, вносит его. Ведущий смотрит на мальчика и здоровается — К. с рыком отворачивается. Мать ставит его на пол и протягивает руку ведущему. К. протестует и лезет обратно, как по стремянке, цепляясь руками и ногами за тело матери, пиная ее. Мать терпит удары ног и поднимает его на руки.

К. использует тело матери, как свое собственное. Для передвижения он использует ее ноги. При их виде создается впечатление о комбинированном теле, химере на длинных ногах с двумя головами. К. использует руки матери, чтобы брать предметы. Часто он вкручивается в материнское лоно – упираясь головой в низ живота, он с напором вдавливаясь в мать закручивающимися движениями.

Мальчик К., присваивая тело матери, не может войти в контакт с ведущим напрямую. «Паразитируя» на материнском теле, он использует ее социальные функции.

12 В психологии говорят о конгруэнтности, то есть соответствии вербального посыла его невербальному выражению.

3) Мы заметили, что дети часто приносят свои игрушки с собой, иногда в тугο набитых рюкзаках – и демонстрируют их терапевту. Это наблюдение послужило введению правила символической платы, используемого детскими психоаналитиками вслед за Ф. Дольто. Ребенок приносит на сеанс и отдает терапевту что-то от себя – камушек, бусинку, копеечку, фантик. Сам предмет не имеет никакого значения, важно то, что ребенок готовился к сессии. Введение символической платы в определенной момент терапии показывает ребенку, что его желание принимается в расчет и что он отдельное от родителей существо.

Например, когда П. стала с удовольствием приходить на сессию, она начала приносить свои игрушки. С этого момента мы ввели для нее и для других правило символической оплаты.

Конечно, это правило выполняется детьми на разном уровне, в зависимости от стадии индивидуации. Можно перечислить различные конфигурации по отношению к символической оплате: ребенок ничего не приносит, приносит, но не отдает или просит вернуть в конце, иногда приносит что-то очень ценное, в счет оплаты за несколько сессий. Игрушка или вещь, отдаваемая в качестве платы, должна стать символом желания ребенка прийти на терапию. Мы посвятим этой теме отдельное размышление – как ребенок символизирует свой вклад в лечение и каким образом ведущие работают с этим правилом.

Заключение

Совместная психотерапия дает возможность паре «родитель-ребенок» испытать новые способы взаимодействия в благожелательной обстановке. Групповое пространство создает экран, на который проецируются взаимоотношения родителя и ребенка. Это позволяет ведущим выявить и проблематизировать определенные паттерны поведения. Авторы работают с сеттингом, как с пластическим материалом, выстилающим поверхность группы и адаптирующимся к конкретной ситуации пациентов. Этот особый терапевтический прием авторы назвали **динамической модификацией сеттинга**. Благодаря такому приему, оперирующему правилами, сеттинг вводит пары в триангуляцию, где роль отца, третьего, играет группа с четкими правилами функционирования. Таким образом, дети обретаюτ относительную автономность, отпуская родителей, и могут начать инвестировать свое психическое пространство в малой детской группе.

Литература

Иерс С.Э., Пансueva О.В. Организация терапевтического пространства: роль сеттинга и ведущего в совместной группе «мать-дитя», сопровождающей детей с нарушениями развития и РАС
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 1. С. 89–109.

Hiers L., Papsueva O.V. Organization of therapeutical space: setting functions and analyst role in «mother-child» group for children with developmental disorders and ASD
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 1, pp. 89–109.

1. *Винникотт Д.* Игра и Реальность. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002.
2. *Голдсмит Г.* Терапевтический сеттинг в психоанализе и психотерапии. М., ЖППиП, 2009, №2. пер Мирза А.
3. *Кафка Д.* Множественная реальность в клинической практике. Психиатрия и психоанализ. М.: Томас Букс, 2008.
4. *Кернберг О.* Тяжелые личностные расстройства (1975). М., 1998.
5. *Малер М., Пайн Ф.* Психологическое рождение человеческого младенца. Симбиоз и индивидуация; М.: Когито-Центр, 2011.
6. *Фрейд З.* Я и оно (1923). М.: Фолио, 2001.
7. *Фрейд З.* По ту сторону принципа удовольствия (1920). М.: Прогресс, 1992.
8. Психология и психопатология кожи. Тексты. Ижевск: ERGO; Москва, 2011. 384 с.
9. *Abraham N., Torok M.* Ecorce et noyau. Paris, Flammarion., 1996.
10. *Anzieu D.* Le groupe et l'inconscient. Paris, Dunod., 1984.
11. *Anzieu D.* Le moi-peau. (1974). Paris, Dunod., 1985.
12. *Anzieu D., Kaes R. et al.* Crise, rupture et depassement. Dunod, 1979.
13. *Bleger J.* Psychanalyse du cadre psychanalytique. (1966) в Crise, rupture et depassement. Dunod, 1979. Pp 255-285.
14. *Bick E.* The experience of the skin in early object relation. - International Journal of Psycho-Analysis, (1968) 49, pp.484-6.
15. *Bion W.R.* Aux sources de l'expérience (1962). Paris, P.U.F., 1983.
16. *Ciccone A.* Enveloppe psychique et fonction contenante: modèle et pratique. Cahier de psychologie clinique. 2001/2 n°17.
17. *Dolto F.* L'image inconsciente du corps. (1984). Paris, Dunod. 2010.
18. *Haag G.* Enveloppes psychiques, enveloppes groupales. Conference CIRPPA., 1994.
19. *Freud S.* La technique psychanalytique. Paris, PUF., 1953.
20. *Kaes R.* L'appareil psychique groupal. Paris, Dunod., 1976.

Иерс С.Э., Пансужева О.В. Организация терапевтического пространства: роль сеттинга и ведущего в совместной группе «мать-дитя», сопровождающей детей с нарушениями развития и РАС
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 1. С. 89–109.

Hiers L., Papsueva O.V. Organization of therapeutical space: setting functions and analyst role in «mother-child» group for children with developmental disorders and ASD
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 1, pp. 89–109.

21. *Klein M.* La psychanalyse des enfants (1932). Paris, Payot, 1959.
22. *Lebovici S., Diatkin R.* Le jeu chez l'enfant. - *Psychiatrie de l'enfant*, 1962, t. V, n°1, pp. 217-252.
23. *Mahler M., Pine F., Bergman A.* La naissance psychologique de l'etre humain. (1975), Paris, Payot. 2010.
24. *Matot J-P.* Reflexion sur la dimension groupale de la pratique psychanalytique individuelle. *Revue belge de la psychanalyse*, 2009, n° 55.
25. *Milner M.* Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. (1955) *Revue française de la psychanalyse*, 1979, n° 5-6.
26. *Palacio Espasa F., Manzano J.* La consultation tharapeutique des très jeunes enfants et leur mère. 1982. *Psychiatrie d'enfant*, 25, pp. 5-25.
27. *Urwand S. Haag G. et al.* Prosesus groupal et enveloppes psychiques au travers des psychanalyses groupales avec des enfants psychotiques et deficitaires. In : *Les psychotherapies des groupes d'enfants au regard de la psychanalyse. Journées d'Auxerre*, Paris, 1988.
28. *Winnicott D.* Jeu et realité : l'Espace potentiel (1971). Paris, Gallimard, 1975.
29. *Winnicott D.* Clinical varieties of transference (1956), in *Collecters papers*, NY Basics Books, 1958.
30. *Winnicott D.* De la pediaterie à la psychanalyse. Paris, PUF., 1969.

Organization of therapeutical space: setting functions and analyst role in «mother-child» group for children with developmental disorders and ASD

Hiers L.,

Clinical psychologist, psychoanalyst, CMP, Issy-les-Moulineaux, France, psychosociologie.ru@gmail.com

Papsueva O.V.,

Psychologist, psychoanalyst, IPA Direct Member, training analyst, Esther Bick's Infant Observation seminar leader, Moscow, Russia, olga.papsueva@gmail.com

This paper presents some ideas about setting, i.e. organization and functions of «mother-child» psychoanalytic group, psychanalyst's role, and parenthood's help¹³. Authors propose dynamic modification of setting. This modification helps to diagnose and to modify inadequate mother-child relational patterns. For describing groupal functions, a metaphoric «enveloppe groupale» of Didier Anzieu being used: setting as a live membrane performs transformational and supporting functions. Setting includes all conditions of therapeutical organization, divided in external (pratical and permanent), and internal (garanteed by analytical position of master). Both maternal and paternal aspects of internal setting are explained. Maternal, as protective shield, creation of a psychic envelope; paternal, as rules and prohibitions, breaking infantile omnipotence, and starting child's socialization. The last part shows how this program helps parents modifying their parental position and authority

Keywords: setting, internal and external setting, ego-skin, groupal envelope, setting dynamical modifications, maternal and paternal aspects of setting, symbolical payment.

Literature

¹³ The principles and history of the emergence of the method were presented by the authors in the article Psychological help for young children with developmental disorders and ASD in the mother/child group published in electronic journal Clinical and Special Psychology 2014 v.3, №3.

Иерс С.Э., Пансуева О.В. Организация терапевтического пространства: роль сеттинга и ведущего в совместной группе «мать-дитя», сопровождающей детей с нарушениями развития и РАС
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 1. С. 89–109.

Hiers L., Papsueva O.V. Organization of therapeutical space: setting functions and analyst role in «mother-child» group for children with developmental disorders and ASD
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 1, pp. 89–109.

1. *Vinnikott D.* Igra i Real'nost'. М.: Institut obshchegumanitarnyh issledovaniy, 2002.
2. *Goldsmi G.* Terapevticheski seting v psihoanalize i psihoterapii. М., JPPiP, 2009, №2. per Mirza A.
3. *Kafka D.* Mnojestvennaya real'nost' v klinicheskoi praktike. Psihiatriya i psihoanaliz. М.: Tomas Buks, 2008.
4. *Kernberg O.* Tyajelye lichnostnye rasstroistva (1975). М., 1998.
5. *Maler M., Pain F.* Psihologicheskoe rojdenie chelovecheskogo mladenca. Simbioz i individuaciya; М.: Kogito-Centr, 2011.
6. *Freid Z.* Ya i ono (1923). М.: Folio, 2001.
7. *Freid Z.* Po tu storonu principa udovol'stviya (1920). М.: Progress, 1992.
8. Psihologiya i psihopatologiya koji. Teksty. Ijevsk: ERGO; Moskva, 2011. 384 s.
9. *Abraham N., Torok M.* Ecorce et noyau. Paris, Flammarion., 1996.
10. *Anzieu D.* Le groupe et l'inconscient. Paris, Dunod., 1984.
11. *Anzieu D.* Le moi-peau. (1974). Paris, Dunod., 1985.
12. *Anzieu D., Kaes R. et al.* Crise, rupture et depassement. Dunod,1979.
13. *Bleger J.* Psychanalyse du cadre psychanalytique.(1966) v Crise, rupture et depassement. Dunod,1979. Pp 255-285.
14. *Bick E.* The experience of the skin in early object relation. - International Journal of Psycho-Analysis, (1968) 49, pp.484-6.
15. *Bion W.R.* Aux sources de l'expérience (1962). Paris, P.U.F., 1983.
16. *Ciccone A.* Enveloppe psychique et fonction contenante: modèle et pratique. Cahier de psychologie clinique. 2001/2 n°17.
17. *Dolto F.* L'image inconsciente du corps. (1984). Paris, Dunod. 2010.
18. *Haag G.* Enveloppes psychiques, enveloppes groupales. Conference CIRPPA., 1994.
19. *Freud S.* La technique psychanalytique. Paris, PUF., 1953.
20. *Kaes R.* L'appareil psychique groupal. Paris, Dunod., 1976.

Иерс С.Э., Пансуева О.В. Организация терапевтического пространства: роль сеттинга и ведущего в совместной группе «мать-дитя», сопровождающей детей с нарушениями развития и РАС
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 1. С. 89–109.

*Hiers L., Papsueva O.V. Organization of therapeutical space: setting functions and analyst role in «mother-child» group for children with developmental disorders and ASD
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 1, pp. 89–109.*

21. *Klein M. La psychanalyse des enfants (1932). Paris, Payot, 1959.*
22. *Lebovici S., Diatkin R. Le jeu chez l'enfant. - Psychiatrie de l'enfant, 1962, t. V, n°1, pp. 217-252.*
23. *Mahler M., Pine F., Bergman A. La naissance psychologique de l'etre humain. (1975), Paris, Payot. 2010.*
24. *Matot J-P. Reflexion sur la dimension groupale de la pratique psychanalytique individuelle. Revue belge de la psychanalyse, 2009, n° 55.*
25. *Milner M. Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. (1955) Revue française de la psychanalyse, 1979, n° 5-6.*
26. *Palacio Espasa F., Manzano J. La consultation tharapeutique des très jeunes enfants et leur mère. 1982. Psychiatrie d'enfant, 25, pp. 5-25.*
27. *Urwand S. Haag G. et al. Proessus groupal et enveloppes psychiques au travers des psychanalyses groupales avec des enfants psychotiques et dificitaires. In : Les psychotherapies des groupes d'enfants au regard de la psychanalyse. Journées d'Auxerre, Paris, 1988.*
28. *Winnicott D. Jeu et réalité : l'Espace potentiel (1971). Paris, Gallimard, 1975.*
29. *Winnicott D. Clinical varieties of transference (1956), in Collecters papers, NY Basics Books, 1958.*
30. *Winnicott D. De la pediaterie à la psychanalyse. Paris, PUF., 1969.*